

# Elaboração de Protocolo de Avaliação de Dor Total

## *Developmente of a a Total Pain Assessment Protocol*

Ana Isabel Silva<sup>1-3</sup>, Francisca Rêgo<sup>1</sup>

**Autor Correspondente/Corresponding Author**

Ana Isabel Silva [ana.isabel.ns93@gmail.com]

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2248-0645>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319, Porto

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.1054>

### RESUMO

**Introdução:** A dor é um sintoma muito frequente nos Cuidados Paliativos, sendo importante uma abordagem multidimensional. Atualmente existem várias escalas que permitem a avaliação de componentes isolados da dor, mas nenhuma ferramenta para avaliação da dor total, traduzindo uma lacuna nesta área.

O objetivo deste trabalho foi desenvolver um protocolo de avaliação da dor total e, posteriormente, analisar a sua prevalência.

**Metodologia:** Elaboração de protocolo de avaliação da dor total, aplicado aos pacientes presentes em Unidade de Cuidados Paliativos entre Janeiro e Fevereiro 2022. Formulação de questionário de autopreenchimento, baseado em seis escalas validadas (escala numérica da dor, escala de faces, escala de McGill, escala de HADS, escala FACIT-PAL e escala FACIT-SP-12), com o objetivo de avaliar a presença de dor total (física, emocional, social e espiritual). Foi avaliada a presença de cada um dos domínios supracitados através de estatística descritiva, medianas, intervalos interquartil e coeficiente de correlação de Spearman.

**Conclusão:** Verificou-se a presença de dor física em 100% dos pacientes na escala numérica e em 91,7% na escala de faces. Segundo a escala de McGill todos indicaram algum grau de dor física, e 83,3% algum grau de dor psicológica. Pela escala de HADS verifica-se que 75% apresentaram dor psicológica. Segundo a escala de FACIT-PAL e de FACIT-Sp-12 todos apresentaram algum grau de dor social e espiritual. Por fim, considerando a presença de dor total perante algum grau de todos os tipos de dor, esta foi observada na maioria. Este protocolo representa uma ferramenta útil na prática clínica e para futuros estudos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação da Dor; Cuidados Paliativos; Dor/psicologia; Espiritualidade; Psicometria

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde Região de Aveiro, Unidade de Saúde Familiar Costa de Prata, Ílhavo, Portugal. 3. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) na Região de Aveiro, Aveiro, Portugal

Recebido/Received: 2025-05-12. Aceite/Accepted: 2025-11-21. Publicado online/Published: 2026-06-09.

© Gazeta Médica 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Gazeta Médica 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial

## ABSTRACT

**Introduction:** Pain is a very common symptom in Palliative Care, and a multidimensional approach is important. Currently, there are several scales that allow the assessment of isolated components of pain, but no tool for assessing total pain, resulting in a gap in this area.

This study aimed to develop a total pain assessment protocol and subsequently assess its prevalence.

**Methodology:** Development of a total pain assessment protocol, applied to patients present in the Palliative Care Unit between January and February 2022. Formulation of a self-completion questionnaire, based on six validated scales (numerical pain scale, faces scale, McGill scale, HADS scale, FACIT-PAL scale and FACIT-SP-12 scale), with the aim of evaluating the presence of total pain (physical, emotional, social and spiritual). The presence of each of the aforementioned domains was assessed using descriptive statistics, medians, interquartile ranges and Spearman's correlation coefficient.

**Conclusion:** The presence of physical pain was verified in 100% of users on the numerical scale and in 91.7% on the face scale. According to the McGill scale, everyone indicated some degree of physical pain, and 83.3% some degree of psychological pain. Using the HADS scale, it can be seen that 75% had psychological pain. According to the FACIT-PAI and FACIT-Sp-12 scales, everyone presented some degree of social and spiritual pain. Finally, considering the presence of total pain in the presence of some degree of all types of pain, this was observed in the majority. This protocol represents a useful tool in clinical practice and for future studies.

**KEYWORDS:** Pain/psychology; Pain Measurement; Palliative Care; Psychometrics; Spirituality

## INTRODUÇÃO

A dor é um dos sintomas mais frequentes nos pacientes em Cuidados Paliativos (CP), com uma prevalência estimada entre 60% a 90%. Porém estes valores referem-se apenas à sua componente física, não existindo dados referentes à dor total.<sup>1-3</sup>

O conceito de dor total, elaborado por Cicely Saunders,<sup>3</sup> aborda a dor como uma entidade multidimensional, com diferentes componentes, nomeadamente físico, emocional/psicológico, espiritual e social. Embora nem todos os pacientes manifestem todos os componentes, é essencial que estes sejam explorados para garantir um tratamento adequado.<sup>4,5</sup>

Os diferentes componentes da dor total podem ou não manifestar-se em dor física, sendo frequentemente difícil para o paciente distinguir qual o componente afetado.<sup>4</sup>

Após realizar uma pesquisa da literatura atual sobre dor total nas principais bases de dados, verificou-se que não existiam ferramentas validadas disponíveis para a avaliação completa desta entidade.<sup>6-10</sup> Assim decidiu-se elaborar um protocolo de avaliação da dor total, a ser aplicado aos pacientes da Unidade de Cuidados Paliativos internados em instituição público-privada portuguesa, com posterior análise dos resultados num estudo de investigação descritivo, transversal e quantitativo.

## MÉTODOS

O questionário foi estruturado em duas partes e concebido para ser preenchido num período máximo de 20 minutos. A primeira parte dirigida à informação demográfica e ao tipo de patologia que motivou a admissão, e a segunda centrada na avaliação da dor total. Foram utilizadas, na íntegra, as seguintes escalas:

- **Dor emocional:** Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)<sup>11</sup> e Escala de McGill<sup>12</sup>;
- **Dor física:** Escala Numérica e/ou de Faces,<sup>13</sup> Escala de McGill<sup>12</sup>;
- **Dor espiritual:** *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Wellbeing* (FACIT – Sp) – 12<sup>14</sup>;
- **Dor social:** *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Palliative Care* (FACIT- Pal).<sup>15</sup>

Os critérios de inclusão foram: pacientes adultos (> 18 anos) cognitivamente autónomos e com capacidade para prestar consentimento, seguidos em internamento ou em domicílio em cuidados paliativos pela instituição. Dos 39 pacientes observados, apenas foi possível aplicar o questionário a 12 destes.

Para a análise dos dados, considerou-se presente dor total perante existência de todos os domínios em simultâneo.

## RESULTADOS

A maioria dos pacientes era do género feminino (n = 10, 83%), com idade média de 69,8 anos (mínimo de 54 e máximo de 90 anos). Metade da amostra era casada (n = 6, 50%), seguindo-se os divorciados (n = 3; 25%), viúvos (n = 2; 16,7%) e solteiros (n=1; 8,3%). Dos casados, três moravam apenas com o cônjuge (n = 3; 25%), e outros três com o cônjuge e filhos (n = 3; 25%). Os divorciados moravam todos sozinhos, bem como um dos viúvos (n = 4; 33,3%). O solteiro e o outro viúvo moravam com filhos (n = 2; 16,7%).

O ensino primário foi o nível de escolaridade mais prevalente (n=6; 50%), seguindo-se o ensino secundário (n = 5; 41,7%). A avaliação das profissões foi realizada com base na Classificação Portuguesa das Profissões 2010,<sup>16</sup> sendo o grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio (n = 5; 41,7%) o mais representado.

Em relação às patologias observadas, foram maioritariamente do foro oncológico (n = 10; 83,3%).

### ESCALA NUMÉRICA E DE FACES:

Assumindo presença de dor perante *score* maior ou igual a um,<sup>17</sup> verificou-se dor física em 100% dos pacientes nas duas escalas.

A intensidade da dor, na escala numérica, é categorizada como ligeira (1 a 3), moderada (4 a 6) e intensa (7 a 10).<sup>18</sup> Assim, a maioria apresentou dor moderada (n=6; 50%), seguida de dor intensa (n = 5; 41,7%) e, em minoria, dor ligeira (n = 1; 8,3%).

Na escala de faces, a dor é categorizada como ligeira (valor 1), moderada (2 a 3) e intensa (4 a 5).<sup>19</sup> Assim, a maioria dos pacientes apresentou dor intensa (n = 7; 58,3%), seguida de dor moderada (n = 5; 41,7%). Na maioria dos pacientes verificou-se coerência entre as respostas das duas escalas, à exceção de três pacientes cujo *score* na escala numérica foi inferior ao da escala de faces. Observou-se que alguns pacientes apresentaram maior dificuldade em utilizar a escala numérica, sobretudo na compreensão do conceito de “dor mais forte que alguma vez sentiu / consegue imaginar”, dando inicialmente respostas qualitativas, como por exemplo “dói muito”. Resultados discriminados na Tabela 1.

**TABELA 1.** Resultados da Escala Numérica e Escala de Faces

Variável	Mediana	Intervalo inter-quartil [1ºQ, 3ºQ]	Intervalo possível	Intervalo da amostra
EN	6	[5, 7,5]	0 - 10	1 - 9
EF	4	[2,74, 4]	0 - 5	2 - 4

EN - escala numérica da dor; EF - escala de faces da dor

### ESCALA DE MCGILL:

Dos 78 descritores disponíveis para caracterização da dor, os mais utilizados foram: “cansativa” (n = 7; 58,3%), “uma guinada” (n = 6; 50%), “que arranca” (n = 6; 50%), “insuportável” (n = 6; 50%), sufocante (n=5; 50%) e assustadora (n = 5; 41,7%).

A frequência da dor foi descrita como periódica na maioria dos casos (n = 10; 83,3%) e constante em dois (n = 2; 16,7%).

A localização corporal referida no diagrama corporal foi: membros inferiores (n = 7; 58,3%), costas (n = 5; 41,7%), cabeça (n = 1; 8,3%), tronco (n = 1; 8,3%) e membros superiores (n = 2; 16,7%).

O sono foi considerado “bom” por sete (n=7; 58,3%) pacientes e “irregular” pelos restantes (n = 5; 41,7%). O nível de atividade foi descrito pela maioria como “pouca” (n = 6; 50%), seguindo-se “alguma” (n = 3; 25%), “nenhuma” (n = 2; 16,7%) e “regular” (n = 1; 8,3%).

A ingestão alimentar foi considerada “boa” pela maioria (n = 9; 75%), seguida de “alguma” (n = 2; 16,7%) e “pouca” (n = 1; 8,3%).

Quanto a sintomas associados à dor, mais de metade (n = 7; 58,3%) respondeu afirmativamente, sendo os mais prevalentes: prisão de ventre (n = 3; 25%), tonturas (n = 2; 16,7%), náuseas (n = 2; 16,7%), dores de cabeça (n = 2; 16,7%), sonolência (n = 2; 16,7%) e diarreia (n = 1; 8,3%).

Estes valores permitem compreender melhor a percepção do utente acerca da sua dor, avaliando a relação entre o valor obtido e o valor máximo possível: quanto mais alto, maior a intensidade da dor. As variáveis com valor mais alto dentro do intervalo respetivo foram o índice de dor (PRI) avaliativo, o PRI afetivo e a intensidade de dor atual (PPI). Resultados discriminados na Tabela 2.

Verificou-se que todos os pacientes (n=12, 100%) apresentaram um PRI sensorial superior a 0, indicando algum grau de dor física, e a maioria da amostra apresentou um PRI afetivo superior a 0 (n=10, 83,3%), apontando para presença de dor emocional.

### ESCALA DE HADS:

Verificou-se presença de ansiedade em sete participantes (n = 7; 58,3%), dos quais três (n = 3; 25%) em grau leve, três (n = 3; 25%) moderado e um (n = 1; 8,3%) grave. Quanto à depressão, também foi identificada em sete participantes (n = 7; 58,3%), dos quais quatro em grau grave (n = 4; 33,3%) e três leve (n = 3; 25%). Assim, verifica-se que a maioria da amostra

**TABELA 2.** Resultados sumariados da Escala de McGill

Variável	Mediana	Intervalo inter-quartil [1ºQ, 3ºQ]	Intervalo possível	Intervalo da amostra
PRI sensorial	22,5	[18,75, 31]	0 - 42	2 - 34
PRI afetivo	5,5	[2,5, 8]	0 - 14	0 - 11
PRI avaliativo	5	[2,5, 5]	0 - 5	0 - 5
PRI miscelânea	10	[2,5, 11]	0 - 17	0 - 12
PRI total	44	[28, 53,5]	0 - 78	2 - 58
PPI	3,5	[2, 4,25]	0 - 5	1 - 5
Nº de descritores	16	[7,75, 18]	0 - 20	2 - 19

PRI - índice de dor (*pain rating index*); PPI - intensidade de dor atual (*present pain intensity*)

(n = 9, 75%) apresenta algum nível de dor emocional. Resultados discriminados na Tabela 3.

### ESCALA DE FACIT - PAL:

Para avaliar a dor social, interessa principalmente a subescala relativa ao *score* social: quanto maior a pontuação (máximo 28 pontos) maior o bem-estar social. Todos os pacientes obtiveram um *score* inferior a esse valor (n = 12, 100%), indicando a presença de algum grau de dor social. Resultados discriminados na Tabela 4.

### ESCALA DE FACIT- SP-12:

A escala FACIT-Sp-12 expressa maior bem-estar espiritual quanto mais alto for o *score* obtido (máximo 48 pontos). Todos os pacientes obtiveram um *score* inferior a esse valor (n = 12, 100%), indicando a presença de algum grau de dor espiritual. Resultados discriminados na Tabela 5.

### PREVALÊNCIA DE DOR TOTAL:

Relativamente à dor física, cuja presença foi avaliada através de três escalas, a autora considerou-a presente quando foi identificada em, pelo menos, uma delas - o que se verificou em toda a amostra (n = 12; 100%)

Quanto à dor emocional, a autora considerou a sua presença quando detetada em pelo menos uma das duas escalas utilizadas, verificando-se esta situação na maioria da amostra (n = 11, 91,7%).

Todos os pacientes obtiveram um *score* social inferior a 28 pontos na escala FACIT-Pal (n = 12, 100%), o que indica algum grau de dor social.

Na escala FACIT-Sp-12, também todos os pacientes (n = 12, 100%) obtiveram um valor inferior ao máximo possível, indicando algum grau de dor espiritual.

Por fim, considerando a presença de dor total perante algum grau de todos os tipos de dor, esta entidade foi encontrada na maioria dos pacientes entrevistados (n = 11, 91,7%).

**TABELA 3.** Resultados da Escala de HADS

Variável	Mediana	Intervalo inter-quartil [1ºQ, 3ºQ]	Intervalo possível	Intervalo da amostra
HADS-A	8	[6, 11,75]	0 - 21	3 - 19
HADS-D	9	[5,25, 15]	0 - 21	2 - 20

HADS-A - subescala de ansiedade; HADS-D - subescala de depressão.

**TABELA 4.** Resultados da Escala de FACIT - Pal

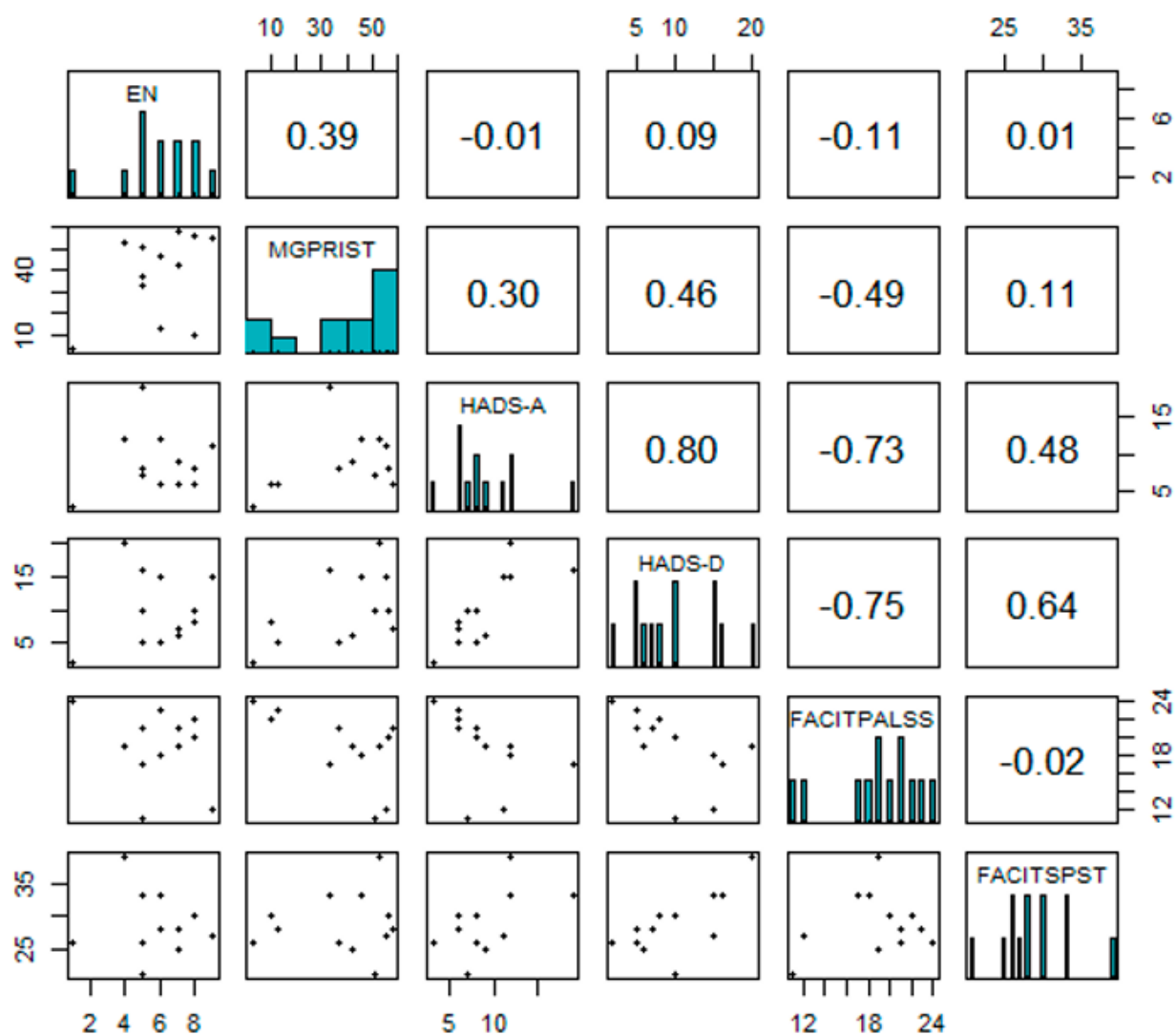
Variável	Mediana	Intervalo inter-quartil [1ºQ, 3ºQ]	Intervalo possível	Intervalo da amostra
Score físico	13,5	[9,5, 15]	0 - 28	7 - 24
Score social	19,5	[17,75, 21,25]	0 - 28	11 - 24
Score emocional	10,5	[7,75, 16,25]	0 - 24	2 - 20
Score funcional	11	[8, 13,25]	0 - 28	3 - 26
Preocupações adicionais	46,5	[41,75, 51,25]	0 - 76	35 - 64
Score total	101	[85,75, 113,25]	0 - 184	74 - 149

**TABELA 5.** Resultados da Escala de FACIT - Sp-12

Variável	Mediana	Intervalo inter-quartil [1ºQ, 3ºQ]	Intervalo possível	Intervalo da amostra
Score paz	23,5	[18, 26,25]	0 - 32	4 - 28
Score fé	11	[9,75, 11,25]	0 - 16	0 - 13
Score total	35	[29,25, 37,00]	0 - 48	4 - 39

### CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS:

Tal como se pode observar na Fig. 1, os coeficientes de Spearman que traduzem correlações fortes são os da HADS-A com HADS-D (correlação positiva de 0,8), da HADS-D com o *score* social da escala FACIT-Pal (correlação negativa de -0,75), da HADS-A com *score* social da escala FACIT-Pal (correlação negativa de



**FIGURA 1.** Scatter matrix das associações entre escala numérica da dor, PRI total da escala de McGill, subescala HADS-A, subescala HADS-D, score social da escala FACIT-Pal e score total da escala FACIT-Sp-12. Acima da diagonal resultados de correlação de Spearman; Na diagonal histogramas que demonstram ausência de distribuição normal; Abaixo da diagonal gráficos de dispersão.

Legenda: EN – escala numérica; MGPRIST – score do PRI total da escala de McGill; HADS-A – subescala de ansiedade do HADS; HADS-D – subescala de depressão do HADS; FACITPALSS – score social da escala FACIT-Pal; FACITSPST – score total da escala FACIT-Sp-12

-0,73). Verifica-se uma correlação moderada entre a HADS-D com o score total da escala FACIT-Sp-12 (correlação positiva de 0,64). Por fim foi observada uma correlação fraca entre a escala numérica e o PRI total da escala de McGill (correlação positiva de 0,39), entre o HADS-A e o PRI total da escala de McGill (correlação positiva de 0,30), entre o HADS-D e o PRI total da escala de McGill (correlação positiva de 0,46) e entre o HADS-A e o score total da escala FACIT-Sp-12 (correlação positiva de 0,48). As restantes correlações apresentam coeficientes de Spearman desprezíveis.

## DISCUSSÃO

A maioria dos estudos sobre avaliação da dor física em pacientes de CP, através da escala numérica da dor, apresenta amostras compostas apenas a pacientes on-

cológicos ou inclui apenas aqueles com determinado nível de intensidade da dor. Assim, não existem muitos dados que permitam uma comparação direta com os resultados obtidos. Num estudo com pacientes oncológicos em CP, foi identificada pela escala numérica, uma média de intensidade de dor de 4,3. Nesse estudo, 39,57% da amostra tinha dor ligeira e 60,43% moderada ou intensa. Comparativamente, no presente estudo, a mediana foi de 6. Em semelhança a maioria da amostra apresentou uma intensidade de dor moderada ou intensa (n = 11 , 91,7%).<sup>20</sup>

Os estudos que utilizaram a escala de faces em pacientes de CP foram realizados maioritariamente em população pediátrica, pelo que não são passíveis de comparação.

Observou-se que alguns pacientes tiveram maior dificuldade na utilização da escala numérica, principalmente os mais idosos e com menor nível de escolaridade. Assim, considera-se importante a utilização da escala de faces nesses casos, pois permite maior facilidade de expressão.<sup>21</sup>

Relativamente aos resultados obtidos na escala de McGill (mediana do PRI total de 44 e mediana do PRI afetivo de 5,5), quando comparados a outros estudos sobre diferentes patologias, os resultados do presente estudo demonstram um elevado índice de dor total e dos respetivos subgrupos. Por exemplo, foi identificada uma média de PRI total de 26 na dor associada ao cancro não terminal, com PRI sensorial de 17,3 e PRI afetivo de 2,3. Os valores mais elevados descritos na literatura referem-se às situações de causalgia tipo II, com uma média de PRI total de 42,3, PRI sensorial de 24,8 e PRI afetivo de 6,5.<sup>22</sup> Importa referir que, na amostra avaliada, foi calculada a mediana e não a média dada a ausência de uma distribuição normal, pelo que a comparação não é direta, mas sim uma referência para análise dos valores atuais. A maioria da amostra obteve um PRI total superior ao PRI total da dor associada ao cancro (n = 9, 75%) e metade (n = 6, 50%) apresentou valores superiores aos descritos para a causalgia tipo II. Uma possível explicação poderá ser a maior dificuldade na gestão da dor em CP, pela sua etiologia multifatorial e diversos sintomas associados, bem como a referenciação apenas numa fase muito avançada da doença, o que dificulta o controlo dos sintomas em níveis ideais.<sup>5,23</sup>

Uma meta-análise verificou que a prevalência de depressão e ansiedade detetada nos CP varia consideravelmente consoante os critérios utilizados para definir a sua presença, oscilando entre 11,1% e 32,4% para a depressão e 6,8% a 13,2% para a ansiedade. Quando considerada a presença de depressão, ansiedade ou outra perturbação do humor, a prevalência variou entre 10,1% e 52,9%.<sup>24</sup> No presente estudo, verificam-se valores muito superiores aos supracitados (58,3% tanto para ansiedade como para depressão). No entanto, esta diferença deve ser interpretada com cautela, dado que foram aplicadas diferentes escalas (HADS versus critérios de DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e ICD-10). Assim, perante a mesma amostra, se forem aplicadas escalas diferentes poderão ser obtidas prevalências diferentes, sendo importante maior uniformização entre estudos.<sup>24</sup>

Na escala de McGill, a maioria da amostra apresentou um PRI afetivo superior a 0 (n = 10, 83,3%), o que aponta para presença de dor emocional. Na escala de

HADS, foi obtido um valor semelhante (n = 9, 75%). A diferença observada seria possivelmente menor (percentualmente) numa amostra de maior dimensão. Porém, o facto de um dos pacientes ter demonstrado presença de dor emocional na aplicação apenas de uma das escalas, realça a importância de utilizar diferentes métodos de avaliação e da aplicação de questionários polivalentes.

Na escala de FACIT-Pal, embora a ausência de *cut-off* impeça a determinação de presença de dor, os resultados permitem identificar áreas em que o utente não se sente totalmente satisfeito, abrindo oportunidades de intervenção que poderiam não ter sido identificadas.

Os resultados obtidos na mediana do *score* social (19,5) foram muito semelhantes aos descritos num outro estudo nacional de 2018, relativo a pacientes não oncológicos admitidos em serviços de cuidados paliativos portugueses (19,25).<sup>1</sup>

Os resultados obtidos na escala FACIT-Sp-12 (mediana de 35 para o *score* total) são superiores aos verificados noutros estudos recentes em pacientes de CP, como é o caso de um estudo holandês de 2021 com uma média de 27,2 para o *score* total (25) e de um estudo australiano de 2020 com uma média de 31,9.<sup>26</sup> Uma possível explicação pode ser a maior prevalência em Portugal de práticas e crenças religiosas ativas, embora este dado não tenha sido colhido no presente estudo, não sendo possível confirmar essa suposição.

Na análise das correlações entre diferentes variáveis, nem todos os resultados encontrados corresponderam ao esperado. Por exemplo observou-se correlação positiva entre a HADS-D com o *score* total da escala FACIT-Sp-12, quando seria expectável uma correlação negativa. Estes achados reforçam a importância de uma avaliação abrangente da dor, pois realça que a ausência de um dos seus subtipos não impede a presença de outro.

### PONTOS FORTES:

A aplicação deste protocolo permite abordar temas que de outro modo são facilmente esquecidos pela parte médica, como é o caso da satisfação com a vida sexual e da satisfação com a maneira como a doença é abordada pelos familiares. Permite também compreender melhor a perceção do utente sobre a sua doença e prognóstico, bem como crenças e medos associados.

### LIMITAÇÕES:

Este estudo apresenta algumas limitações nomeadamente a amostra de conveniência, que limita a extrapolação de conclusões obtidas para a população

geral. O diminuto tamanho amostral impossibilitou a inferência sobre existência de significância estatística dos resultados obtidos. Apresenta também um viés de participação dado que apenas foram incluídos os pacientes com capacidade cognitiva / física de responder ao questionário.<sup>27</sup>

## CONCLUSÃO

O objetivo de elaborar uma ferramenta de avaliação da dor total foi alcançado, porém, dadas as características das escalas supracitadas, não foi possível determinar a sua prevalência de forma exata. Ainda assim, verificou-se presença de dor total na maioria dos pacientes. Assim, mais importante do que obter um valor numérico de prevalência da dor total, é reconhecer a sua existência e a importância da sua avaliação. Esta abordagem permite identificar fatores que geram sofrimento nos pacientes e possibilita uma intervenção adequada, dirigida às necessidades individuais, com consequente melhoria da qualidade de vida.

## DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

**AIS** - Responsável pela investigação e redação principal do artigo

**FR** - Colaboração da redação e revisão do documento final

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada

**AIS** - Responsible for the research and principal drafting of the article

**FR** - Collaboration on the drafting and final review of the document.

All authors approved the final version to be published

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**CONFLITOS DE INTERESSE:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão

de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

**PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES:** Não comissionado; revisão externa por pares.

## ETHICAL DISCLOSURES

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**FINANCING SUPPORT:** This work has not received any contribution, grant or scholarship

**CONFIDENTIALITY OF DATA:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

**PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

**PROVENANCE AND PEER REVIEW:** Not commissioned; externally peer-reviewed.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Marinho L. A gestão da dor em cuidados paliativos: saberes e práticas dos enfermeiros. [consultado Out 2024] Disponível em: [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/2050011960/1185/1/Liliana\\_Marinho.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/2050011960/1185/1/Liliana_Marinho.pdf)
2. Barros MAA de, Pereira FJR, Abrantes MW, Silva GB da, Porto V de A, Carvalho MAP de. Produção científica acerca da dor em cuidados paliativos: contribuição da enfermagem no cenário brasileiro TT. Rev Pesquisa. 2020;12:744-50.
3. Carvalho MM. A dor no estágio avançado das doenças. Atualidades em Psicol da Saúde. 2004;
4. Mehta A, Chan LS. Understanding of the concept of "total pain": A prerequisite for pain control. J Hosp Palliat Nurs. 2008;10:26-34.
5. Brant JM. Holistic Total Pain Management in Palliative Care: Cultural and Global Considerations. Palliat Med Hosp Care - Open J. 2017;SE:S32-8.
6. Lewis Ramos V, Eti S. Assessment and Management of Chronic Pain in the Seriously Ill. Prim Care - Clin Off Pract. 2019;46:319-33. doi:10.1016/j.pop.2019.05.001
7. MacKie-Jenkins W, Tosca RM, Groninger H. Consultation for total pain in high-risk obstetrics. BMJ Support Palliat Care. 2018;8:64-6. doi: 10.1136/bmjspcare-2017-001392
8. Torvik K, Nordtug B, Brenne IK, Rognstad MK. Pain Assessment Strategies in Home Care and Nursing Homes in Mid-Norway: A Cross-sectional Survey. Pain Manag Nurs. 2015;16:602-8. doi:10.1016/j.pmn.2015.01.001
9. Corman M, Dambrun M, Ginzac A, Ménard K. Exploring the concept of Total Pain in contemporary oncology palliative care: a qualitative study on patients' resources. BMC Palliat Care. 2025;24:85. doi: 10.1186/s12904-025-01719-0

10. Gomes-Ferraz CA, Rezende G, Fagundes AA, De Carlo MMR do P. Assessment of total pain in people in oncologic palliative care: integrative literature review. *Palliat Care Soc Pract*. 2022;16:26323524221125244. doi: 10.1177/26323524221125244.
11. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Heal Med*. 2007;12:225–37.
12. Adaptação Cultural e Linguística do Instrumento de Medida: McGill Pain Questionnaire. Coimbra: Escola Superior de Tecnologias da Saúde Coimbra; 2002;
13. Direção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circ Norm N° 09/DGCG. Lisboa:DGS;2004.
14. FACIT.org. FACIT-Sp-12 (Versão 4) Portuguese. 2017; 12:2010.
15. FACIT.org. FACT-Pal (Versão 4) Portuguese. 2015;10:3–5.
16. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa: INE. 2011.
17. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF) *Arthritis Care Res*. 2011;63:240–52.
18. Krebs EE, Carey TS, Weinberger M. Accuracy of the pain numeric rating scale as a screening test in primary care. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1453–8.
19. Hicks CL, Von Baeyer CL, Spafford PA, Van Korlaar I, Goode-nough B. The Faces Pain Scale - Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001;93:173–83. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00314-1.
20. De Paolis G, Naccarato A, Cibelli F, D'Alete A, Mastroianni C, Surdo L, et al. The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patients: A multicentre randomised controlled non-pharmacological trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;34:280–7.
21. Freeman K, Smyth C, Dallam L, Jackson B. Pain measurement scales: A comparison of the visual analogue and faces rating scales in measuring pressure ulcer pain. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2001;28:290–6. doi: 10.1067/mjw.2001.119226
22. Tahmoush AJ. Causalgia: Redefinition as a clinical pain syndrome. *Pain*. 1981;10:187–97.
23. Hui D, Meng Y-C, Bruera S, Geng Y, Hutchins R, Mori M, et al. Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *Oncologist*. 2016;21:895–901.
24. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12:160–74.
25. Damen A, Visser A, van Laarhoven HW, Leget C, Raijmakers N, van Rooij J, et al. Validation of the FACIT-Sp-12 in a Dutch cohort of patients with advanced cancer. *Psychooncology*. 2021;30:1930–8.
26. Michael NG, Bobevski I, Georgousopoulou E, O'Callaghan CC, Clayton JM, Seah D, et al. Unmet spiritual needs in palliative care: Psychometrics of a screening checklist. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;13:e170-6. doi: 10.1136/bmjsp-care-2020-002636.
27. Botelho F, Silva C, Cruz F. *Epidemiologia Explicada – Viéses*. Acta Urol. 2010;3:47–52.